

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 30

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TROUBLES GASTRIQUES

CONSÉCUTIFS AUX
*Inflammations des Organes Génitaux
de la Femme*

SUR LE RÔLE DU GRAND ÉPIPLOON DANS LA PATHOGÉNIE DE CES TROUBLES
LEUR THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Céleste LLOPET

Né à Fourquès (Pyrénées-Orientales), le 22 Novembre 1877



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}, SUCCESSIONS DE MOUGIN-RUSAND

3, RUE STELLA, 3

—
1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

**Troubles Gastriques consécutifs aux Inflammations
des Organes Génitaux de la Femme**

Sur le rôle

*du Grand Épiploon dans la Pathogénie de ces Troubles,
leur Thérapeutique*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TROUBLES GASTRIQUES

CONSÉCUTIFS AUX
*Inflammations des Organes Génitaux
de la Femme*

SUR LE RÔLE DU GRAND ÉPIPLOON DANS LA PATHOGÉNIE DE CES TROUBLES
LEUR THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Céleste LLOPET

Né à Fourques (Pyrénées-Orientales), le 22 Novembre 1877



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}, SUCCESEURS DE MOUGIN-RUSAND
3, RUE STELLA, 3

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		X.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des Maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPRIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX, agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, Président; M. CONDAMIN, Assesseur;

MM. FABRE et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Je dédie ce modeste travail à mon père, à qui je dois tout, et dont la vie tout entière de travail et de dévouement est le plus bel exemple à suivre, et à

Monsieur le Docteur ALBERT DONNEZAN

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui n'a cessé dès ma tendre enfance de me témoigner son affectueuse sollicitude.

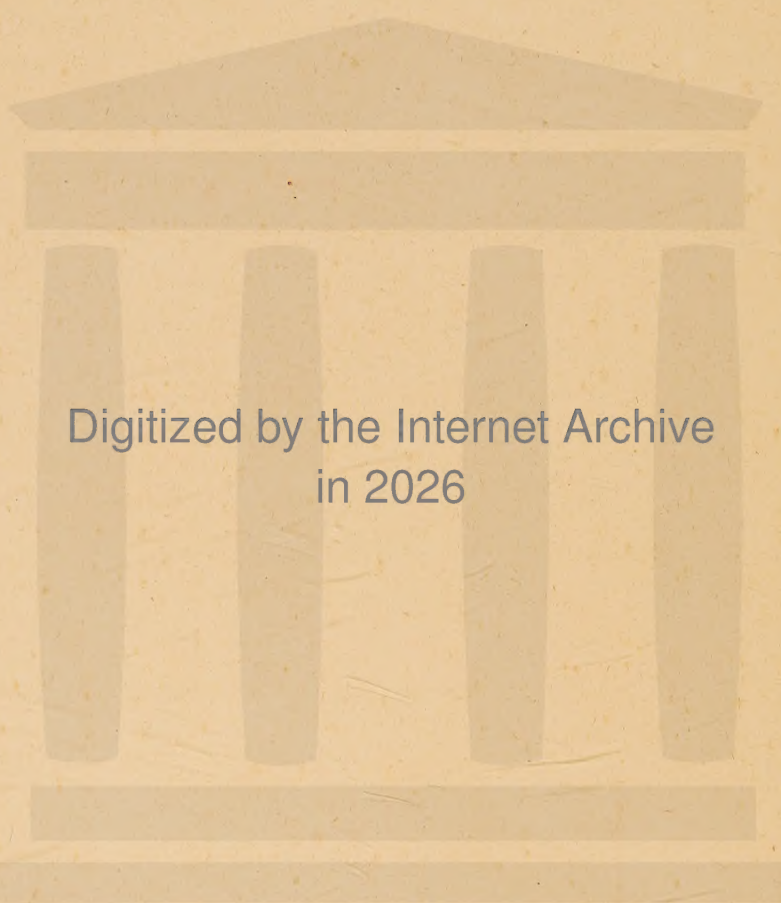
CÉLESTE LLOPET.

Mes plus respectueux remerciements à

Monsieur le Professeur FOCHIER

pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse,

C. LLOPET.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

En écrivant ce modeste mémoire, nous n'avons pas eu la prétention de faire œuvre de grande originalité !

Prendre un point particulier de la gynécologie, apporter après la communication de Horwitz, de Copenhague, et le cas de M. Delbet, une observation nouvelle sur le rôle joué par le grand épiploon dans la pathogénie des troubles gastriques consécutifs aux inflammations des organes génitaux de la femme ; agiter un problème de pratique journalière souvent bien embarrassant pour le praticien ; en un mot appeler l'attention sur une question neuve, fort peu étudiée, çà et là éparse, beaucoup plus dans les communications aux Sociétés savantes, particulièrement à l'étranger, que dans les traités classiques ; et pour celà, à côté du fait nouveau apporté dans ce travail, faire une revue générale de la question, tel a été notre but.

La première idée de ce travail nous fut donnée il

y a quelques mois par M. le docteur Duplant, chef de clinique médicale.

Qu'il reçoive aujourd'hui nos remerciements pour les bons conseils et l'amical intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

L'observation publiée est due à M. le professeur agrégé VILLARD, chirurgien des Hôpitaux.

Nous ne saurions trop le remercier ;

Au moment de quitter à jamais cette bonne Faculté lyonnaise qui nous éleva, nous adressons un pieux hommage de reconnaissance à tous nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté.

Nous tenons en terminant à remercier d'une façon toute spéciale M. le docteur DEPERET, doyen de la Faculté des Sciences, pour l'intérêt qu'il nous a témoigné et l'assurer de notre entier dévouement.

HISTORIQUE

Depuis la plus haute antiquité, depuis Hippocrate, qui avait déjà mentionné des rapports entre les affections des organes abdominaux et les organes sexuels, jusqu'à nos jours, tous les auteurs et tous les praticiens qui se sont occupés de gynécologie ont observé des relations de cause à effet entre les inflammations des organes génitaux et les troubles de l'estomac.

Tous ont constaté et affirmé le fait ; quant à l'explication, elle a été souvent, suivant l'école, des plus fantaisistes.

En 1858, Aran, dans ses *Leçons cliniques* sur les maladies de l'utérus et des annexes appelle l'attention sur des phénomènes douloureux apparaissant au niveau de l'estomac, au cours de métrites chroniques et sur la lenteur de la digestion et les flatulences chez ces malades.

Scanzoni, la même année, dans son traité des maladies des organes sexuels de la femme, signale également,

chez les femmes présentant des maladies sexuelles, des douleurs gastriques suivies de vomissements et de constipation.

Plus tard, Nonnat, Valleix, Courty font les mêmes constatations.

En 1880 et en 1882, paraissent à Paris deux thèses, l'une de Fabre, l'autre de Forler, qui appellent eux aussi, mais sans y insister davantage, l'attention sur de tels troubles.

Plus près de nous, l'allemand Braun, l'anglais Imlach en 1886 et en 1887, s'occupent de la dyspepsie utérine; plus tard paraît à Montpellier la thèse de Durand sur les troubles sympathiques des affections utérines.

En 1892, Boursier s'occupe, dans le *Journal médical de Bordeaux*, de la dilatation de l'estomac et de la métrite chronique.

Enfin, dans les douze dernières années, de nombreuses publications et communications aux Sociétés savantes sur la question ont vu le jour; c'est particulièrement en Allemagne et à Copenhague que la question a été serrée de plus près. Citons en Allemagne Theilhabert, à Copenhague, Horvitz, à Hambourg, Prochownick, en Angleterre, Twedy, en France, Siredey-Lacoarret et en 1898 M. Paul Delbet.

De la lecture des observations publiées à ce jour par les auteurs, se dégage une constatation : la relation que tous, sauf quelques rares exceptions, établissent entre les troubles gastriques et les inflammations des organes génitaux de la femme.

C'est ainsi que Theilhabert a pu écrire que sur qua-

rante-cinq femmes souffrant de troubles gastriques et intestinaux, quatre seulement avaient les organes génitaux normaux.

Engelmann lui, estime que le 25 % seulement, des femmes atteintes d'affections gynécologiques souffrent de l'estomac.

Cette disproportion considérable entre les statistiques des deux auteurs nous a beaucoup frappé; je crois que je ne saurais mieux y répondre, qu'en citant une phrase de Lisfranc, empruntée à ses cliniques chirurgicales de la Pitié.

« Par leur état presque latent, par la grande
« variété de leurs symptômes si souvent fugaces et
« passagers, par les sympathies nombreuses qu'elles
« exercent sur toute l'économie et enfin par les modifications profondes et par la mobilité incroyable
« qu'elles impriment au système nerveux, les maladies de l'utérus exposent les médecins à commettre
« de nombreuses et grandes erreurs de diagnostic. »

Et pourquoi?

Parce que telle malade souffrant de l'estomac consultera son médecin sur son estomac et restera muette sur des troubles gynécologiques qu'elle cachera par pudeur bizarre ou auxquels elle n'attachera pas beaucoup d'importance;

Parce que telle autre malade attirera l'attention du gynécologiste sur ses organes génitaux et ne lui causera nullement de troubles gastriques quelquefois fugaces qui lui paraissent devoir être relégués au second plan;

Parce que le médecin dans son cabinet s'occupera

souvent de phénomènes symptomatiques et n'aura pas le temps ou ne songera pas à des phénomènes pathogéniques ;

De telle sorte, que, si l'on réunit tous les groupes de malades qui, ayant des phénomènes locaux prédominants ont aussi des troubles gastriques sympathiques ; les malades qui ont à la fois des phénomènes locaux et des phénomènes gastriques qui s'accusent avec la même intensité ; les malades chez qui les phénomènes sympathiques absorbent et l'attention du malade et du médecin alors qu'il existe un état génital si peu esquissé soit-il, qui est l'épine ; et enfin le groupe non moins intéressant des malades qui ont été mal examinés et surtout pour lesquels on a mal formulé, on arrive à cette conclusion avec Theilhabert, que presque toujours les troubles gastriques accompagnent les inflammations des organes génitaux et leur sont subordonnés.

Mais ceci n'est qu'une constatation.

Comment expliquer la pathogénie de telles relations ?

L'étude même de la vie physiologique de la femme, nous dit M. Paul Delbet, nous donne la mesure des relations qui existent normalement entre l'utérus et l'estomac.

Les modifications de caractère et les troubles gastriques sont dans les phénomènes journaliers de la menstruation.

Puisqu'il en est de même au point de vue pathologique, comment les inflammations des organes génitaux de la femme réagissent sur l'estomac ?

Bien des théories ont été émises.

C'est ainsi que M. Lacoarret croit qu'au cours d'affections utérines, les malades ont des modifications de la sécrétion gastrique; pour établir sa théorie, il ne publie que des observations cliniques non accompagnées du résultat de repas d'épreuve.

Frank, lui, a fait des repas d'épreuve à toutes ses malades gynécologiques, et n'a jamais rencontré de modifications de la sécrétion gastrique.

D'autres auteurs encore, après les expériences de Gross, démontrant que les maladies du cœur, en amenant la stagnation du sang veineux, provoquent des exsudations dans la paroi gastrique, puis de la sclérose, ont pensé que consécutivement à la congestion veineuse que l'on observe au cours des inflammations des organes du petit bassin, les mêmes phénomènes pouvaient se produire.

Pour nous, deux théories seulement nous paraissent devoir être retenues :

- a) La théorie réflexe.
 - b) La théorie mécanique.
-

THÉORIE RÉFLEXÉ

En règle générale, les affections de l'utérus retentissent sur le système nerveux. C'est ainsi qu'au cours des affections génitales on a observé des troubles de l'intelligence.

La science possède un grand nombre d'observations tendant à démontrer que sous l'influence des maladies de l'utérus et de ses annexes, se développent des troubles intellectuels purement sympathiques (témoin les observations de Marie).

Tardieu, de son côté, a fait au point de vue médico-légal, une étude approfondie sur ces troubles psychiques.

Il a remarqué que les malades étaient en proie à des illusions, à des hallucinations de la vue et de l'ouïe, hallucinations qui tourmentent les malades et engendrent la mélancolie amenant des idées fixes et le suicide.

Ces troubles sympathiques ont été observés même sur les appareils de la motilité.

Des déviations de l'utérus ont amené des convulsions, de la chorée, convulsions et chorée qui ont été guéries par l'application d'un pessaire.

Lisfranc, dans ses cliniques, cite des cas de paralysie symptomatique.

Brown-Séquard rapporte l'observation d'une paralysie qui était restée rebelle pendant six mois à toute thérapeutique, lorsque ayant remarqué une antéflexion de l'utérus, la paralysie disparut après la réduction de l'antéflexion et le maintien de cette réduction.

Les organes de la sensibilité ne sont pas à l'abri de ces troubles sympathiques. C'est ainsi que les malades utérines souffrent fréquemment de névralgies de toute sorte et surtout de cette névralgie lombo-abdominale si bien décrite par Valleix.

M. Durand, dans sa thèse, insiste avec grande raison sur cette douleur inter-scapulaire qu'accusent toutes les malades souffrant d'affections utérines. Cette douleur serait produite par une névralgie intercostale (branche postérieure).

Mais l'organe sur lequel l'utérus exerce son action par voie réflexe est l'estomac, et tout le système digestif.

Bien des troubles sympathiques ont été décrits.

Ce n'est qu'à titre de simple curiosité que je citerai la stomatite érythémateuse que l'on aurait vu apparaître à chaque époque menstruelle; comme elle coexiste toujours, comme l'ont démontré Laveran et Jaccoud, avec des troubles gastriques, on ne saurait y voir une relation de cause à effet.

Je ne m'arrêterai guère plus sur l'angine herpéti-

que, ni le retrécissement spasmodique de l'œsophage.

Quant aux troubles gastriques vagues, dyspepsie gastralgique, vomissements, on ne leur a donné aucune caractéristique; on a décrit en outre un ulcère particulier, ulcère menstruel qui dépendrait parfois des troubles de la menstruation.

Les troubles menstruels amèneraient du côté de l'estomac des hémorragies supplémentaires et des érosions ulcéreuses.

Mais toutes ces considérations paraissent être plutôt un jeu de l'esprit que le résultat d'observations sérieuses.

La vraie dyspepsie réflexe est la dyspepsie gastro-intestinale de la neurasthénie, secondaire aux affections génitales des vraies utérines de Siredey.

Cette dyspepsie a été bien décrite par Mathieu.

Purement névro-motrice au début, elle peut se compliquer d'hypochlorhydrie, avec hyperacidité organique ou d'hyperchlorhydrie.

Elle se caractérise par une sensation de pesanteur, de malaise survenant une demi-heure après le repas; il se produit à ce moment du ballonnement de l'estomac, des renvois gazeux généralement inodores et non acides.

Souvent le gonflement porte aussi bien sur l'intestin que sur l'estomac.

Cette distension des viscères abdominaux amène quelquefois un peu d'oppression, et, chez certaines femmes, elle provoque une sensation analogue à celle de la boule hystérique; en même temps, apparaissent des troubles vaso-moteurs plus ou moins accusés.

Les malades ressentent de la lourdeur de tête, des poussées congestives de la face; le cœur paraît gêné, le pouls est petit et rapide; à un degré plus accentué, l'appétit disparaît, la langue est sale, recouverte d'un enduit blanchâtre; la pesanteur épigastrique fait place à une sensation de chaleur, de brûlure, qui s'accompagne quelquefois de crampes. Les renvois sont plus acides.

Outre ces malaises qui suivent l'ingestion des aliments, on observe fréquemment des douleurs tardives, trois ou quatre heures après le repas, et se manifestant principalement au niveau de l'ombilic. Elles semblent avoir leur siège dans le gros intestin.

Ces phénomènes dyspeptiques ont un retentissement très marqué sur la santé générale. La diminution de l'appétit, et surtout la crainte des malaises ultérieurs, amenant ces malades à s'alimenter de moins en moins; aussi les voit-on maigrir et s'affaiblir rapidement.

Dans quelques cas, l'alimentation se maintient à peu près au taux normal et les patientes continuent à dépérir, comme si les matériaux ingérés n'étaient pas utilisés. A mesure que l'amaigrissement s'accroît, les forces déclinent, et avec elles, la résistance nerveuse.

Les malades s'effraient des dérangements qu'elles constatent sur leur physionomie et le découragement sans cesse croissant vient paralyser leurs efforts.

On les voit s'acheminer à grands pas vers la cachexie.

C'est alors qu'elles réalisent un type particulier,

prenant cet aspect du visage, cette pâleur spéciale qui constitue le faciès utérin.

Cette teinte cachectique peut relever à la fois de la nutrition insuffisante des malades et de la résorption de produits toxiques provenant de l'intestin. (Stercoromie de Barnes.)

On observe, en outre, des ptoses viscérales.

Chez plusieurs malades atteintes d'affections de l'utérus et des annexes, on peut reconnaître l'apparition de la gastropiose, dès qu'apparaissent les phénomènes de dépression nerveuse.

Et il n'est pas nécessaire qu'il existe un relâchement de la paroi dû à des grossesses multiples.

Il semble qu'à la faveur de l'alanguissement de tout l'organisme, si fréquent chez les névropathes, les appareils de sustentation se laissent aller; le tissu conjonctif perd toute sa tonicité.

Telle est cette dyspepsie gastro-intestinale réflexe, si bien décrite par Mathieu et Siredey.

A tous ces troubles symptomatiques, il faut rattacher un autre signe, la douleur inter-scapulaire dont souffrent toutes les malades. Cette douleur est-elle provoquée par une névralgie intercostale et est-il vrai, comme on l'a dit, que les altérations de l'estomac, organiques ou fonctionnelles, primitives ou secondaires, déterminent parfois la névralgie intercostale?

Beau a rencontré cette relation.

Cette douleur serait-elle due à une névrite sympathique? Quelle que soit la pathogénie de cette douleur, elle existe presque chez tous les malades et acquiert quelquefois une telle intensité, que la malade attire

uniquement l'attention du médecin sur cette manifestation.

Cette dyspepsie réflexe et tous les phénomènes réflexes concomitants s'expliquent très bien, comme le démontre si nettement M. Paul Delbet.

Ces réflexes s'expliquent très bien, nous dit M. Paul Delbet, par la grande richesse du petit bassin en nerfs spinaux et sympathiques.

On peut admettre que les processus inflammatoires péri-utérins, la traction au cours du prolapsus, les congestions veineuses amènent une irritation des rameaux spinaux ou sympathiques qui viennent innerver l'utérus par l'intermédiaire des plexus ovarique, lombo-aortique et hypogastrique.

L'irritation des nerfs peut remonter ensuite par différentes voies :

Elle peut gagner la moelle et remonter jusqu'au centre bulbaire du vomissement, jusqu'au centre de la circulation, de la motricité gastrique.

Elle peut encore gagner le pneumogastrique par la moelle ou par l'intermédiaire des anastomoses qui l'enserrent, comme l'a démontré von Goltz avec le sympathique.

Or le pneumogastrique est le nerf sécrétoire et excito-moteur de l'intestin.

L'irritation provoquerait au début l'excitation de ces nerfs, d'où les douleurs, puis l'épuisement; à ce moment se produirait la dilatation et les troubles sécrétoires.

Mais le réflexe peut agir aussi par l'intermédiaire du sympathique, soit que du plexus lombo-aortique il

gagne le plexus solaire, soit qu'il gagne le tronc du sympathique, puis les petits splanchniques et cela d'autant plus facilement que les splanchniques appartiennent aux plexus sympathiques.

Or l'excitation des rameaux sympathiques arrête les mouvements de l'estomac et de l'intestin, amène la contraction des vaisseaux, d'où la diminution d'action du plexus mésentérique et des troubles dans le péristaltisme.

Ces troubles péristaltiques amènent de la constipation.

THÉORIE MÉCANIQUE

Historique

Bien que peu étudiée, et ça et là éparse dans des communications aux Sociétés savantes et aux Congrès chirurgicaux, la question des adhérences épiploïques soit aux organes pelviens de la femme, soit à la partie postérieure des pubis est de date relativement ancienne.

Le rôle des adhérences épiploïques aux pubis a déjà été signalé par Glénard en 1885.

Le savant clinicien de Lyon étudiant les rapports de la dyspepsie mésogastrique (gastroptose) et de l'entéroptose, mentionne l'influence des adhérences du grand épiploon à la face postérieure des pubis comme susceptible de favoriser l'entéroptose et d'en faciliter les conséquences.

Il cite des cas succédant à des accouchements — entéroptose post-puerpérale — sur deux cent cas d'entéroptose, il avait cent vingt-trois puerpérales.

En 1889, Horvitz de Copenhague, dans sa communication faite à la Société médicale de Copenhague,

(2 avril 1889), parlant des adhérences de l'épiploon à la symphyse comme indication de la laparatomie nous dit que dans plusieurs circonstances, ayant fait une laparatomie dans un but d'ablation annexielle justifiée par de graves symptômes, il s'est contenté de libérer les adhérences entre le grand épiploon, la face postérieure des pubis, les organes pelviens et aussi les anses intestinales.

Il a toujours observé à la suite de cette opération la disparition complète des symptômes morbides, même quand on peut suivre les malades longtemps.

Dans un cas, il a pu diagnostiquer à l'avance les adhérences et intervenir dans le but de les libérer.

Il cite une observation très intéressante et fort concluante.

OBSERVATION

Il s'agit d'une femme de 36 ans, mariée depuis cinq ans et sans enfant.

Depuis sept ans, elle souffrait de douleurs dans le bas ventre et avait été soignée plusieurs fois pour un ulcère gastrique (on n'avait jamais observé d'hématémèses). Toutes les actions thérapeutiques — massage — pessaire douches, avaient vainement été essayées.

La malade en était arrivée à vomir presque tout et était devenue fort amaigrie.

À l'examen gynécologique, on trouvait un utérus adhérent, les annexes droites étaient tuméfiées, surtout la trompe droite.

Laparatomie. — L'épiploon était adhérent à la symphyse (mit mehren grossen zipfeln) d'où traction de

l'estomac assez forte pour que la grande courbure atteigne l'épine iliaque antéro-supérieure.

Les adhérences sont liées et séparées.

L'abdomen est refermé. Guérison sans incident.

Une rapide amélioration de tous les symptômes morbides survient et la malade revue quatre ans après n'accuse aucun trouble.

Horvitz recommande cette opération presque sans danger.

Bazy (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1894) rapporte le cas d'une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire.

Cette malade présentait, en outre, des troubles gastriques très nets, en même temps qu'elle souffrait de violentes douleurs.

La laparatomie fit découvrir des adhérences entre le grand épiploon et le kyste ovarique.

Enlèvement du kyste ; section de l'épiploon.

La malade fut guérie de tous les troubles gastriques et douloureux.

La question en était là, et n'avait fait guère de progrès lorsque paraît en 1898, dans les *Archives générales de Médecine*, l'observation de M. Paul Delbet, observation type qui démontre d'une façon totale la pathogénie des troubles observés.

La voici :

OBSERVATION DE M. PAUL DELBET

(*Archives générales de Médecine*, 1898).

Au mois de février 1895, Mme F... (Caroline) jeune femme de 23 ans, vint me consulter pour des troubles gastriques.

Rien de notable dans les antécédents héréditaires.

Pendant l'enfance, rougeole et scarlatine.

A 16 ans, quelques troubles gastriques passagers.

La malade a toujours été bien réglée.

Mariée à 20 ans, elle n'a jamais fait de fausses couches ; elle a eu deux grossesses à terme.

Le dernier accouchement remonte au mois de janvier 1894.

Un mois après l'accouchement, la malade éprouva des douleurs localisées à la partie inférieure gauche du ventre ; ces douleurs sont profondes, contusives, mais s'exagèrent sous l'influence de la marche et de la station debout.

Elles sont limitées, sans irradiation aux lombes ni aux jambes.

A la même époque apparaissent des pertes blanches, puis un peu plus tard, des troubles gastriques. Les digestions sont longues, pénibles, accompagnées de flatulence. Cependant, à cette époque, la malade pouvait manger toutes sortes d'aliments.

Il n'y avait pas de vomissements.

Peu à peu les troubles gastriques augmentent ; la malade souffrant après l'ingestion des aliments commence à se rationner et finit par ne plus prendre que du lait et des œufs.

Un médecin, consulté à cette époque, s'attaque à l'écoulement et traite la malade pendant quatre ou cinq mois par des applications de tampons glycerinés sur le col.

Malgré ce traitement, les troubles gastriques augmentent et dans les derniers mois la malade vomit tous les jours tout ce qu'elle prend, sauf un peu de soupe et de lait.

Quand je vois la malade pour la première fois, les vomissements se produisent deux heures environ après le repas, puis sont suivis de régurgitations, en même temps existent des douleurs diffuses dans la région épigastrique.

La malade est affaiblie et amaigrie ; il n'y a pas de fièvre. L'examen de la malade me permet de constater du côté des organes génitaux un peu d'écoulement leucorrhéique avec

légère augmentation du volume du col, mais le plus frappant est une déviation de l'utérus dont le col vient remplir le cul-de-sac à droite.

Dans le cul-de-sac latéral gauche le doigt arrive sur une tumeur volumineuse qui remplit la moitié gauche de l'excavation. La tumeur est arrondie, incomplètement tendue et se laisse soulever légèrement par le doigt vaginal.

Par l'exploration bi-manuelle, on constate que la tumeur remplit la plus grande partie du petit bassin ; elle est collée contre l'utérus ; cependant, le doigt vaginal pénètre dans un sillon qui sépare ainsi tumeur et utérus.

La paroi abdominale est résistante ; il n'y a pas d'affaiblissement malgré deux grossesses antérieures, pas de ptoses viscérales.

La malade est amaigrie, la face pâle, les traits tirés.

J'avoue qu'à cette époque je ne pratiquai pas l'examen de l'estomac, mon attention n'étant pas sollicitée spécialement de ce côté.

Etant donné les écoulements leucorrhéiques antérieurs, le développement de l'affection peu de temps après les couches faites en ville et dans des conditions douteuses d'antisepsie, l'indépendance de la tumeur et de l'utérus, je portai malgré l'absence de fièvre et la consistance un peu molle de la tumeur le diagnostic de salpingite suppurée gauche volumineuse, consécutive à une endométrite puerpérale.

Un traitement local, le repos au lit n'ayant amené aucune amélioration, je proposais à la malade une intervention radicale qui fut acceptée et, au mois de mars, je pratiquai la laparotomie.

Incision hypogastrique médiane. Le péritoine pariétal est incisé. Je tombe alors sur une face lisse, blanc rosé, occupant tout le champ opératoire jusqu'au pubis.

Je fus un moment incertain sur la nature de l'organe qui se présentait ainsi :

L'examen manuel me permit de constater qu'il s'agissait

de l'estomac dilaté dont la grande courbure affleurerait le pubis.

Du bord inférieur de l'estomac part une série de brides tendues, adhérant à la paroi antérieure de l'excavation pelvienne; ces adhérences cèdent assez facilement.

La main engagée dans le petit bassin tombe alors sur une masse pâteuse, adhérente, molasse, que j'énuclée avec une certaine peine et qui, une fois amenée dans la plaie, se montre être l'épiploon ramené dans le petit bassin.

Cette masse enlevée, on ne sent dans le petit bassin qu'un ovaire légèrement augmenté de volume avec un petit abcès dans la paroi antérieure et une trompe simplement congestionnée et épaissie.

J'extirpe l'ovaire et la trompe après énucléation et pédiculisation, je ferme le ventre.

La guérison survient sans incident sauf un peu de suppuration et de désunion de l'angle inférieur de la plaie cutanée.

Et l'auteur ajoute :

Pourrait-on admettre qu'il s'agit ici d'une dilatation d'ordre chimique? Je n'insisterai pas sur cette hypothèse; car d'une part les modifications chimiques sont rares dans ce cas, d'autre part elles ne sont pas sans altérations gastriques dont la réparation est lente.

Dans cette hypothèse, on ne pourrait expliquer la cure opératoire rapide de la maladie.

Enfin la malade n'était pas une forte mangeuse. Il ne pourrait donc s'agir d'une dilatation mécanique par excès de nourriture ou de boissons.

Les parois de l'estomac étaient fermes, solides; les viscères en place sauf l'estomac; on ne peut donc songer davantage à une ptose viscérale.

L'état du système nerveux était parfait; il n'y avait ni signes d'hystérie, ni de neurasthénie; la dilatation

de l'estomac n'est donc point symptomatique d'une de ces affections.

Aussi la seule explication légitime est la traction du grand épiploon sur la grande courbure.

..... Les conditions même, observées au cours de l'opération : l'épiploon était non seulement adhérent, mais tendu, l'estomac maintenu par son bord inférieur; la destruction des adhérences lui permit de remonter immédiatement d'une étendue de 2 à 3 centimètres.

A la même époque où M. Paul Delbet publiait son mémoire, nous recherchions avec M. le docteur Duplant, des cas pouvant nous donner la démonstration de l'hypothèse des troubles gastriques par traction du grand épiploon.

La tâche nous était fort difficile à Lyon, où les interventions par voie vaginale sur les organes génitaux du petit bassin sont plus en honneur que celles effectuées par la voie abdominale.

En feuilletant les observations du service de gynécologie de M. le professeur Laroyenne à la Charité, nous ne pûmes recueillir aucune observation bien intéressante mais j'ai pu, malgré cela, recueillir pendant mon séjour à la clinique, trois observations qui démontrent nettement que successivement à des infections des organes génitaux, des adhérences épiploïques se sont formées et ont adhéré à la trompe, en imposant pour des salpingites.

Chez ces malades, dont je publie plus loin les observations au chapitre consacré à l'étude physiologique du grand épiploon, il ne me fut pas donné de pouvoir examiner de visu l'estomac et d'apprécier son degré

de dilatation, mais les signes cliniques de dilatation étaient d'une netteté absolue et le tiraillement de la grande courbure de l'estomac existait, notamment dans ma troisième observation, puisque l'épiploon une fois détaché de la trompe où il était adhérent, était rentré de lui-même dans la cavité abdominale, comme s'il venait de recouvrer son élasticité.

Si ces trois observations, presque uniquement cliniques, n'ont pas la valeur d'une démonstration, il n'en est pas de même de l'observation suivante.

OBSERVATION (inédite)

Service de M. le Professeur agrégé VILLARD, Croix-Rousse.

Ch... (Marie), 36 ans, Lyon, cartonnrière.

Père mort à 66 ans de paralysie. Sa mère est morte après 75 ans. Elle a eu des sœurs mortes de la poitrine.

La malade tousse un peu. Son mari est en bonne santé. Elle a deux enfants vivants et bien portants.

Sa première maladie remonte à huit ans ; elle fut atteinte à cette époque d'anémie et de fièvres intermittentes. Elle fut soignée à Saint-Roch.

Son observation relate des hémoptysies et des lésions au sommet gauche.

Depuis son mariage elle a souffert du côté gauche.

C'est surtout depuis son premier accouchement que la douleur a débuté ; elle a souffert pendant la grossesse et se rappelle avoir eu de la fièvre après son accouchement.

La malade avait, étant jeune, des crampes d'estomac ; depuis qu'elle souffre du ventre, elle a des douleurs d'estomac, mais l'hyperchlorhydrie a disparu.

La malade entre à l'hôpital le 1^{er} janvier 1900.

Elle accuse depuis quatre mois environ des pertes blanches

abondantes ; elle ne se rappelle en avoir jamais présenté auparavant.

Il y a trois jours la malade ressent à la vulve une vive cuisson, mais continue à travailler.

Le lendemain les douleurs avaient encore augmenté et une grosseur était apparue à droite, ce qui la décide à venir à l'hôpital.

A son entrée, on constate que la grande lèvre droite est tuméfiée, chaude, rouge et douloureuse sur toute l'étendue de la glande de Bartholin. Les pertes sont blanchâtres.

La malade sort de l'hôpital à peu près guérie, l'inflammation a à peu près disparu, les douleurs locales ont à peu près disparu, les douleurs du ventre, probablement à cause du repos forcé, se sont atténuées.

La malade reprend son travail, mais son état pathologique ne tarde pas à reprendre le dessus ; elle a toujours des pertes blanches de plus en plus abondantes. Son ventre la fait beaucoup souffrir, surtout après ses repas. Enfin, il y a une huitaine de jours, elle est prise du côté gauche, au niveau de l'ovaire, de douleurs très vives, s'irradiant aux lombes et remontant au creux épigastrique, douleurs amenant une défense réactionnelle de la paroi.

On ne constate pas de température.

Elle entre pour la seconde fois à l'hôpital.

A l'examen gynécologique, on constate que les culs-de-sac paraissent souples, toutefois, par le toucher combiné à la palpation manuelle abdominale on arrive à délimiter une masse de petit volume, douloureuse, située entre l'utérus et la vessie.

On peut reconnaître là la trompe gauche augmentée de volume et douloureuse.

La malade est mise en observation et tout à coup, le 5 avril, vingt jours après son entrée à l'hôpital, elle prend de la température. On décide une intervention pour le 8 avril.

A ce moment, l'examen de la malade est fait au point de vue médical par M. le docteur Duplant.

Nous apprenons tout d'abord que depuis son affection annexielle, la malade a présenté de la colite muco-membraneuse qui l'a beaucoup effrayée et qui persiste encore.

Depuis cette même affection annexielle, son estomac n'a jamais bien fonctionné. Aussitôt qu'elle a mangé, elle éprouve de la pesanteur de l'estomac, son abdomen est ballonné; le gonflement persiste jusqu'à ce que la digestion soit terminée.

Elle éprouve pendant cette période de digestion des céphalées, des douleurs dans le ventre à prédominance épigastrique et s'irradiant dans tout l'abdomen, principalement dans la fosse iliaque gauche.

La malade a des nausées fréquentes mais ne vomit pas. C'est une adénoïdienne (voie nasale).

On constate une adhérence pleurale de la base gauche avec point de côté et dépression mi-costale répondant à cette adhérence; on n'observe pas d'immobilité diaphragmatique.

Les signes auscultatifs sont négatifs. Rien à droite.

Nephroptose;

Enteroptose;

Abaissement de la sonorité supérieure de l'estomac, d'où diminution de l'espace de Traube.

Le cœcum est distendu par des matières, l'iliaque est distendue, on n'observe pas de mouvements péristaltiques intestinaux visibles sur la paroi, par le décubitus latéral droit, on a une diminution de l'espace de Traube.

Le ventre est déversé à droite; le déversement est égal dans le décubitus latéral droit et gauche.

On observe du clapotage par succussion partielle; rien par la succussion totale.

L'opération est pratiquée par M. le professeur agrégé Villard, le 8 avril.

Incision longitudinale de la paroi abdominale un peu au-dessus du pubis; on récline à l'aide de larges compresses les anses intestinales mises à découvert.

Le grand épiploon apparaît rétracté, réduit à une bande

dure, tendue, occupant le côté gauche et fixé aux annexes gauches auxquelles il est intimement lié et avec lesquels il forme une masse bosselée.

L'estomac est abaissé et dilaté.

On amène l'utérus à l'aide de pinces à fixation.

La trompe gauche et l'ovaire sont amenés au dehors après destruction laborieuse des adhérences et pédiculisés après ligature de la trompe.

On examine l'ovaire droit et la constatation de lésions très étendues exige leur ablation.

Vu le grand nombre d'adhérences et l'impossibilité de faire une hémostase complète, on ne peut refermer complètement et on draine à l'aide de mèches de gaze.

Les trompes présentaient des altérations très importantes ; une série de dilatations et de retrécissements, renfermant du pus. Elles étaient tordues sur leur axé et leur pavillon était ratatiné.

Les ovaires étaient parsemés de petits kystes renfermant un liquide séreux jaunâtre ; on n'y retrouve presque plus trace de tissus ovariens.

Suites normales : Guérison rapide.

Disparition de tous les phénomènes douloureux.

La malade quitte l'hôpital, mangeant bien et ne souffrant pas.

Nous pourrions accompagner notre observation des mêmes considérations émises par M. Delbet, au sujet de sa malade. Notre opérée a commencé à souffrir de l'estomac après un accouchement ; depuis elle a été sous le coup de douleurs vives, paroxystiques, de nausées, de vomissements.

L'intervention nous a montré son estomac dilaté et abaissé, tirailé par l'épiploon réduit à une bande fibreuse rétractée.

Nous allons, dans les chapitres suivants, exposer le

rôle du grand épiploon dans la pathogénie de ces troubles gastriques.

Nous nous inquiéterons dans un premier chapitre de rechercher ce qu'est cet organe, clef du ventre, l'épiploon.

Dans un deuxième, nous examinerons l'épiploïte, ses caractères et ses conséquences.

Dans un troisième, la symptomatologie présentée par les malades.

Dans un quatrième enfin, la thérapeutique de l'affection sera l'objet de notre étude.

L'EPIPLOON

Assurément, et tous les chirurgiens sont de cet avis l'épiploon joue un grand rôle dans la pathologie abdominale. Ce rôle, mal défini il est vrai, mais sûr, paraît si important qu'on a pu dire avec juste raison que l'examen de l'épiploon après la laparatomie renseignait complètement sur le passé abdominal du laparatomisé.

Qu'il s'agisse d'une inflammation, d'une plaie pathologique ou opératoire quelconque et située en quelque lieu de l'abdomen, cette inflammation, cette plaie ne saurait ne pas intéresser l'épiploon qui, avec une sorte de consience, se dirige vers elle pour y adhérer, pour y effectuer un processus de réparation ou quelquefois, comme nous le verrons dans la suite, une action moins bienfaisante.

Plus encore, l'épiploon souvent ne se contente pas d'exercer et son action et sa puissance dans son domaine abdominal ; qu'une brèche soit faite dans la ca-

vité abdominale, en quelque lieu, soit dans les fosses iliaques, soit à la partie antéro-latérale, soit même dans le dôme diaphragmatique, l'épiploon n'hésitera pas à faire une incursion par cette brèche dans le domaine voisin.

À ce sujet, je me rappelle l'histoire d'un malade, qui nous fut narrée par M. le professeur Vallas dans son service de l'Hôtel-Dieu.

Il s'agissait d'un individu qui avait reçu un coup de couteau à travers la paroi thoracique, coup de couteau qui après avoir traversé le cul-de-sac pleural gauche à gauche, traversa le diaphragme et fit une brèche au péritoine qui tapisse le dôme diaphragmatique. Le malade fut pansé et au deuxième pansement le chirurgien constata la présence de l'épiploon qui faisait hernie à travers la plaie thoracique.

Cette locomotion de l'épiploon a été bien constatée par tous les chirurgiens. Elle a fait l'objet de beaucoup de réflexions et de quelques études.

J'en saurais mieux faire que de rappeler ici les conclusions de l'excellent article de M. Milian paru dans la *Gazette des Hôpitaux* (1899).

« L'épiploon est mobile de haut en bas, de bas en haut, dans le sens transversal — torsion — et cette mobilité n'est pas régie par les lois de la pesanteur ; elle s'exerce avec une sorte de finalité, d'intelligence, comme le dit le professeur Cornil.

Quel est l'agent de cette mobilité ?

Il n'y a dans l'épiploon ni fibres musculaires lisses, ni fibres musculaires striées, c'est-à-dire un élément actif de mobilité.

Peut-être s'agit-il d'une lente reptation de la membrane due à la contractilité obscure de son protoplasma, ou bien encore d'une mobilité passive due au péristaltisme des intestins.

Cette mobilité s'exerce avec une sorte d'intelligence.

Elle est analogue à celle des leucocytes qui suivent ou englobent les microbes suivant la virulence de ceux-ci, et l'on peut dire qu'il y a une chimiotaxie de l'épiploon comme il y a une chimiotaxie du leucocyte.

Le bouillon de culture stérile, les cultures microbées non virulentes surtout à faible dose favorisent l'étalement de la membrane — chimiotaxie positive — les substances toxiques, les cultures virulentes produisent la rétraction dans les étages supérieurs de l'abdomen, loin des parties déclives où s'accumulent les substances nuisibles — chimiotaxie négative.

Grâce à cette chimiotaxie, l'épiploon, lorsque celle-ci est positive, tend à se porter vers les régions même extra-abdominales ou règne l'infection.

Il est en effet un organe de défense, soit comme organe réfecteur des vieux éléments leucocytaires, tombés dans la cavité abdominale après lutte, soit qu'inversement il soit le vecteur de leucocytes nouveaux, nés dans ses amas lymphatiques et versés dans la cavité péritonéale au point menacé.

L'épiploon balaye constamment la cavité abdominale, véritable filet où se prennent tous les corps étrangers qui y sont tombés. Il s'en empare et les élimine ou les digère par un mécanisme où les leucocytes jouent le plus grand rôle.

Enfin, l'épiploon grâce à sa mobilité peut se porter

vers les plaies et perforations pariétales ou viscérales de l'abdomen et les oblitérer.

Il ferme ainsi les plaies des laparotomies, des hystérectomies, les perforations de l'appendice, les orifices herniaires.

Les chirurgiens ont pu profiter de cette propriété dans les opérations abdominales. Et, ainsi que l'ont démontré MM. Cornil et Carnot, c'est grâce à l'épiploon qu'on peut laisser sans les suturer les plaies chirurgicales aseptiques de l'urètre, du cholédoque, car l'épiploon leur constitue rapidement une paroi qui se double d'épithélium et rétablit aussi la voie aux cours des liquides.

Ainsi donc l'épiploon peut se mouvoir. Sa mobilité est consciente. L'épiploon est donc sensible.

Je dirais plus encore, sa sensibilité est exquise.

Dès lors il nous sera facile de comprendre, nous aidant de sa chimiotaxie positive et négative, l'organisation de ses adhérences et leur rétraction.

Sollicité par une infection du petit bassin ou mieux par le retentissement sur le péritoine du pelvis, l'épiploon s'étale, forme une adhérence si l'infection est notable.

L'infection augmente-t-elle dans l'utérus, dans la trompe, dans l'ovaire, l'inflammation par contiguité se transmet à cet épiploon déjà adhérent et par conséquent déjà enflammé et une épiploïte est constituée.

Mais là ne s'arrêtent pas les propriétés de cet intéressant organe. Il est sensible, ai-je dit, et cette sensibilité est exquise. Il est capable de réagir et de réagir avec une certaine violence, pouvant donner

lieu à des douleurs réflexes qui s'irradient à distance, prenant tous les caractères, simulant surtout la névralgie lombo-abdominale. Pour que cette sensibilité, cette réaction s'exerce, il faut nécessairement un processus pathologique ayant toujours pour étiologie l'infection.

Cette sensibilité a été surtout remarquée dans les adhérences après la laparotomie. Elle a été plus appréciée encore après la résection de cet organe soit dans les cures radicales, soit dans les opérations pour affections gynécologiques.

Braun, au Congrès allemand de 1900, a pu citer quelques cas et a bien montré que l'épiploïte chronique qui survenait était caractérisée par une très vive douleur qui pouvait devenir très intense.

Je démontrerai dans l'étude clinique des troubles gastriques succédant aux adhérences de l'épiploon soit aux organes génitaux, soit à la face postérieure de la symphyse, combien ces adhérences sont douloureuses et quels sont les caractères de ces douleurs.

Voulant m'en tenir dans cet article à des généralités sur la réaction de cet épiploon, réaction qui lui soit propre sans tiraillement sur d'autres organes, je citerai le cas qui nous fut relaté par M. le professeur Vallas.

Il s'agissait d'une femme ayant présenté tous les symptômes de la colique hépatique. Un beau jour elle prend de l'ictère; on constate une vésicule et on assiste à des crises de coliques hépatiques subintrantes d'une grande violence.

L'examen physique avait démontré la présence

d'une hydropisie de la vésicule, comme on l'observe dans ces cas et avait révélé, de plus, la présence de petits corps comme taillés à facettes qui furent pris pour des calculs.

Devant tous ces symptômes et en présence des violentes crises éprouvées par la malade, on décide une opération bien accueillie par la malade.

A la laparotomie on trouve un superbe néoplasme de la vésicule. Les petits corps qui avaient donné l'impression de petits calculs étaient constitués par des petits noyaux d'épiploon complètement adhérents à la face inférieure du foie.

On libère les adhérences et on referme l'abdomen, respectant entièrement la lésion. Les suites opératoires furent très normales. Les douleurs ne reparurent plus et la malade put avoir l'illusion de se croire guérie.

Assurément les adhérences étaient la seule cause des douleurs ; le résultat opératoire est assez démonstratif.

Aussi dans ce cas, l'épiploon a démontré sa sensibilité et son pouvoir de réaction et par des douleurs et par des phénomènes physiques.

Il m'a été permis d'observer dans le service de M. le professeur Laroyenne, trois malades chez lesquelles l'épiploon avait occasionné de violentes douleurs et avaient simulé la salpingite, alors que, comme le démontre l'observation, les annexes étaient absolument saines.

1° Dans la première observation, il s'agit d'une jeune femme de 25 ans.

OBSERVATION

Eugénie V... (femme F...), sans antécédent héréditaire ni personnel dans son jeune âge, a eu trois accouchements normaux. Elle n'a jamais eu de fausses couches. Elle souffre depuis huit ans de coliques néphrétiques. Sa menstruation a toujours été régulière. Cependant voilà cinq mois que ses règles ne sont pas revenues.

Depuis un mois et demi elle souffre de violentes douleurs survenant sous forme de crises durant vingt-quatre heures. Ces douleurs localisées dans la fosse iliaque gauche et dans les lombes.

On constate des symptômes de dilatation très accusés de l'estomac. Gastroplose et entéroptose. Constipation rebelle. Miction douloureuse.

L'examen gynécologique accuse un utérus normal et fait faire le diagnostic d'annexite gauche. On décide une intervention.

Intervention le 23 mars 1901.

Ouverture du cul-de-sac postérieur. On s'aperçoit que ce que l'on prenait pour une annexite, n'était qu'une masse d'épiploon. Les annexes étaient normales.

On n'enlève rien. On détache les adhérences. Eponge. Suites opératoires naturelles.

Avec l'intervention les crises douloureuses avaient disparu.

OBSERVATION II

D... (Célestine), 36 ans, domestique.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires.

Bonne santé habituelle, menstruation à 16 ans, très irrégulière et de très courte durée (48 heures).

Les dernières règles ont été très abondantes.

Elle venait à la consultation depuis le mois d'août, pour rétroversion et annexite gauche. On pratique la columnisation pendant quatre mois.

Pendant ce temps la malade accusait des troubles gastriques très nets. Gastroptose, entéroptose. Constipation. Douleurs vaginales et lombaires.

Au bout de ce long traitement, la rétroversion ayant été corrigée et les douleurs disparues, on mit un pessaire.

Actuellement les troubles digestifs ont reparu; la constipation est tenace et les douleurs dans la fosse iliaque gauche et dans les lombes ont augmenté d'intensité.

Examen : L'utérus est soutenu par un pessaire.

Dans le cul-de-sac postérieur à gauche, on sent une petite masse dure douloureuse à la pression qui n'est autre que l'annexe gauche prolabée dans le cul-de-sac postérieur.

Opération : M. Replin incise le cul-de-sac postérieur, on rompt les adhérences qui tenaient l'utérus en rétroversion.

Ce que l'on prenait pour une annexe prolabée, n'était qu'une masse épiploïque avec des adhérences qu'on rompt. On n'enlève rien. Eponge.

OBSERVATION III

G... (Ida).

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires, sauf des convulsions dans le jeune âge; on n'apprend rien.

Fausse couche il y a six mois. Depuis, abondantes pertes blanches.

Violentes douleurs localisées à droite et dans le dos, le ventre et le membre inférieur. La malade souffre toujours à l'époque de ses règles.

Symptômes gastriques : quelques renvois. La malade est fatiguée le matin (mal au cœur).

Après le repas : flatulence. Gonflement du ventre très accusé. Eructations. Digestion très longue. Douleurs dispa-

raissant après le vomissement. En même temps, constipation; colite muco-membraneuse.

Un médecin appelé diagnostique une dilatation d'estomac et formule en conséquence.

L'effet thérapeutique est nul. Les douleurs augmentent et la malade se décide à entrer à la Charité.

Examen : Ovaire douloureux et volumineux à gauche. On fait un curettage. On amène quelques débris placentaires et quelques caillots.

La malade sort de l'hôpital.

Depuis sa sortie de l'hôpital, ses règles sont venues régulièrement pendant trois mois. (Durée 8 jours).

En revanche, ses troubles gastriques ne se sont pas améliorés, ils n'ont fait qu'empirer.

Un médecin appelé diagnostique une dilatation d'estomac et institue une médication qui demeure sans effet.

Depuis trois mois les règles sont devenues irrégulières.

Jeudi dernier, immédiatement après ses règles, la malade ressent de violentes douleurs dans le bas-ventre. Depuis, pertes rouges peu abondantes.

Examen : Utérus en antéflexion.

A droite, bride transversale.

Dans le cul-de-sac latéral droit et gauche, on sent les annexes douloureuses accolées à la corne utérine.

Une intervention est décidée.

Je pratique l'examen des organes digestifs avant l'opération et je trouve !

Dilatation de l'estomac : Estomac à l'ombilic.

La sonorité de l'espace de Traube est augmentée.

A gauche l'S iliaque est sensible.

Colite muco-membraneuse.

Intervention : M. le professeur Laroyenne incise le cul de-sac postérieur. Il s'écoule une notable quantité de liquide séreux un peu trouble. Le Douglas est cloisonné, on rompt les brides. A droite on sent une masse adhérente tendue,

qui est prise pour une trompe et que l'on tâche d'amener après décollement.

Cette masse était une masse épiploïque adhérente au niveau des annexes droites; masse qui, sitôt après qu'elle est libérée, rentre dans l'abdomen comme attirée par un lien élastique.

On ne constate rien d'anormal à droite.

On met une éponge. L'utérus est ramené en bonne position.

Suites opératoires ordinaires. Disparition des douleurs.

Ces observations me paraissent intéressantes à plus d'un point de vue.

Tout d'abord voici l'épiploon qui simule une cholécystite, une salpingite, avec phénomènes douloureux localisés à son point d'adhérence. Ensuite les malades ont des troubles gastriques très accusés. Assurément ces observations, puisque, par l'absence de la parotomie, on n'a pu constater ni la dilatation de l'estomac, ni la rétraction de l'épiploon, ne sont absolument concluantes en faveur de la théorie mécanique mais l'observation III est à considérer et a une valeur, car si M. Paul Delbet, dans son observation, a pu voir l'estomac remonter de deux travers de doigts, le chirurgien lyonnais maintenant la masse d'épiploon dont il venait de rompre les adhérences, a vu cette masse rentrer dans l'abdomen comme attirée par un lien qui recouvrerait son élasticité.

La donnée la plus nette qui découle de ces observations c'est que l'épiploon est sensible et qu'il réagit.

De cette courte incursion dans la physiologie de l'épiploon deux notions nous paraissent bien établies.

L'épiploon est doué de motilité; cette motilité,

grâce à cette chimiotaxie positive, semble s'exercer avec une certaine intelligence.

L'épiploon est sensible ; sa sensibilité est même exquise et la réaction de cette sensibilité s'exerce et se manifeste nettement.

Ces deux notions nous sont totalement indispensables pour expliquer et la production d'adhérences au niveau des organes génitaux enflammés, et l'action mécanique exercée grâce à ces adhérences sur l'organe auquel il est entièrement uni, l'estomac.

La seconde notion nous permettra d'indiquer quel caractère particulier cette pathogénie donne aux signes cliniques des troubles gastriques.

ADHÉRENCES ÉPIPLOÏQUES

L'Épiloïte. — Ses caractères. — Ses conséquences

La notion qui prime toute l'étiologie des adhérences épiploïques en général est assurément l'infection.

Brink, en effet, a conclu d'expériences qu'il a faites sur ce sujet, que l'infection était nécessaire puisque l'escharrification seule était impuissante à produire des adhérences du péritoine, tandis que celles-ci se formaient à coup sûr si la petite plaie était infectée par le staphylocoque.

Nous démontrerons dans le courant de ce travail au sujet des précautions à prendre pour la libération de ces adhérences, afin d'empêcher les récidives, combien la formation de ces adhérences est fréquente après la laparotomie et cela toujours à cause de l'infection due soit à un fil, soit un assèchement défectueux d'une surface cruentée.

Comme preuve nouvelle du rôle de l'infection dans

la production des adhérences épiploïques, nous dirons que lorsque celles-ci surviennent spontanément, c'est-à-dire sans traumatisme ou sans acte opératoire, c'est surtout à la suite d'une infection..... Mais, cette infection, comment se propage-t-elle ? En étudiant les maladies des organes génitaux de la femme, métrites, salpingites, ovarites, tumeurs de ces différents organes, une chose nous frappe : c'est la solidarité de ces différents organes, au point de vue pathologique. Cette solidarité s'étend aussi à un organe d'une importance capitale intimement lié à ces viscères, le péritoine du petit bassin.

La pelvi-péritonite ou plutôt la poussée quelquefois torpide de pelvi-péritonite accompagne toujours l'inflammation des organes génitaux de la femme.

Bien que Trèves prétende que le bord inférieur du grand épiploon ne descende pas jusqu'au pubis, de nombreux examens de cadavres démontrent que non seulement le bord inférieur du grand épiploon affleure le pubis, mais quelquefois descend dans l'excavation pelvienne.

Le grand épiploon se trouve donc à portée de l'infection et même ne serait-il pas directement en rapport avec l'organe enflammé, que grâce à son pouvoir de motilité intelligente, il viendrait s'accoler au viscère pour permettre à ses leucocytes d'entrer en lutte.

Dès lors la contiguité est réalisée ; l'infection est assurée. A la poussée de pelvi-péritonite s'ajoute une poussée de péritonite d'un nouveau genre, l'épiploïte.

Cette épiploïte a été observée tant au point de vue

anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique. Au Congrès allemand de 1900 Braun signale une tuméfaction de l'épiploon survenant fréquemment après la résection de cet organe dans les cures radicales de hernies et dans certaines affections gynécologiques.

Cette épiploïte est caractérisée par une vive douleur avec résistance à la palpation et par des symptômes de rétrécissement de l'intestin.

Elle évolue soit vers la résolution, la formation d'abcès ou la chronicité.

Au point de vue anatomo-pathologique, cette épiploïte a surtout été observée dans les opérations faites ces dernières années au cours d'appendicites.

L'inflammation de l'épiploon se traduit par un aspect rouge et granuleux, par une grande vascularisation; on y note de petites extravasations sanguines, des foyers hémorragiques peu étendus. Il n'est pas rare surtout de trouver au milieu des adhérences en formation une sérosité rougeâtre mêlée de pus.

Au microscope les vaisseaux lymphatiques sont gorgés de leucocytes.

Telle est l'épiploïte aiguë.

Mais cette épiploïte marche, évolue vers la chronicité, l'épiploon se rétracte, s'épaissit, arrive à former une masse.

Cette masse épiploïque congestionnée, présente disséminés dans son épaisseur sur beaucoup de points une série de nodules durs, blanchâtres, de grosseur variable.

Ces nodules sont des placards d'épiploïte subaiguë.

L'examen au microscope fait voir que chacun de ses placards est *parcouru* par de larges faisceaux de fibres conjonctives adultes représentant les travées conjonctivo-vasculaires de l'épiploon enflammé. Des cellules interstitielles enflammées, entremêlées d'un petit nombre de cellules conjonctives jeunes forment les placards qui *se placent entre* les fibres conjonctives adultes.

Parfois on ne voit pas de pelotons adipeux dans ces placards. Les cellules adipeuses que l'on y rencontre sont irritées. Leurs noyaux sont le siège d'une grande multiplication. Chaque cellule en renferme quelquefois une dizaine. Quant à la cellule elle-même elle est diminuée de volume.

D'autrefois, au contraire, on trouve beaucoup de pelotons adipeux, dans certains cas, tellement considérables qu'ils forment de véritables lipomes.

Il nous a été donné d'en observer deux cas dans le service de M. le professeur agrégé Vallas, au cours de deux kélotomies pratiquées sur deux vieillards.

Les endothéliums qui tapissent les travées du tissu épiploïques sont également irrités; il s'hypertrophient, atteignent des dimensions considérables et se détachent de la paroi des travées pour remplir les mailles épiploïques souvent d'une façon complète.

En outre, par places, on y trouve des dépôts de pigment sanguin, trace d'apoplexie hémorragique lors de la poussée aiguë d'épiploïte.

Ces notions sur l'épiploïte chronique ont été bien mises en lumière par Levrey (Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique (adhérences épiploïques) au cours

des appendicites. Thèse, Paris, 1899) à qui j'ai fait de nombreux emprunts.

Telle est cette épiploïte chronique.

L'épiploon s'est de plus en plus rétracté. Sous l'influence de cette rétractation que devient l'organe solidaire de l'épiploon, l'estomac?

Je laisse la parole à M. Paul Delbet, que son article des *Archives médicales* a magistralement exposé les conséquences de cette rétraction, la traction de la grande courbure de l'estomac.

La traction sur le grand épiploon, dit-il, ne produit pas à proprement parler de la gastrectasie, mais la gastropiose; on peut le vérifier sur le cadavre.

Cette gastropiose suffit pour amener secondairement la dilatation vraie.

En expérimentant sur des cadavres, j'ai pu constater que la traction de l'épiploon était transmise par la grande courbure au pylore.

Dans ces conditions, il se produit quelquefois au niveau du pylore un pli qui vient diminuer son calibre.

Dans la majorité des cas, ce n'est pas là que se fait le principal obstacle à l'évacuation de l'estomac.

Lorsqu'on tire sur le grand épiploon, on voit la première portion mobile du duodenum descendre avec l'estomac.

La deuxième portion reste fixe et entre les deux portions fixe et mobile du duodenum, il se produit une coudure accentuée.

Cette coudure diminue la lumière du segment duo-

dénal correspondant et crée un obstacle à la libre évacuation de l'estomac.

Les aliments stagnent, d'où les vomissements, la lenteur des digestions, les pesanteurs d'autant plus intenses qu'à la stagnation ne tarde pas à s'ajouter la fermentation avec toutes ses conséquences.

Ainsi s'établit la dilatation d'abord passagère puis permanente sur un organe affaibli.

Ajoutons à cela que cette dilatation survenant chez une utérine, la plupart du temps chez une déséquilibrée du ventre; en même temps qu'une déséquilibrée du système nerveux, avec le peu de tonicité du tissu conjonctif propre à ces malades ne tarde pas à devenir considérable, l'organisme ne pouvant lutter contre cette rétraction de l'épiploon sollicitée toujours par des poussées d'épiploïte nouvelle, poussées coïncidant toujours avec une poussée nouvelle d'inflammation des organes génitaux.

SYMPTOMATOLOGIE — DIAGNOSTIC

Dans l'exposé que nous venons de faire, sur les conséquences du tiraillement de la grande courbure par le grand épiploon rétracté, et dans la notion d'une nouvelle physiologie pathologique de l'estomac qui en découle, nous allons trouver l'explication logique des phénomènes observés et soufferts par nos malades.

Le symptôme dominant, celui que tous les malades accuseront, souvent même le seul qu'ils indiqueront, est la douleur.

Cette douleur est vive, constrictive, siégeant au niveau du creux épigastrique, plus souvent au niveau de l'ombilic, s'irradiant dans les fosses iliaques droite et gauche, à gauche surtout, dans les lombes, quelquefois paroxystique, surtout lorsque la malade se penche en arrière.

Il nous paraît tout logique d'attribuer ces phénomènes douloureux éprouvés par les malades aux

tiraillements de l'estomac. Le fait a d'ailleurs été signalé depuis longtemps.

Pipelet sur ses remarques sur les signes illusoires des hernies épiploïques, indique, comme phénomènes consécutifs à l'épiplocèle des sensations douloureuses, des troubles gastriques divers amenant l'amaigrissement et la faiblesse progressive.

Plus tard, deux thèses de Paris, de la même année, Courdy (dissertation sur la hernie épiploïque, 1877), Lavalette (sur l'épiploïte 1877), signalent les mêmes phénomènes.

C'est aux tiraillements de l'estomac et à son déplacement par l'épiploon hernié et quelquefois adhérent au sac que les auteurs rattachent les accidents fâcheux éprouvés par les malades, telles que douleurs de l'estomac, lesquelles douleurs amènent à la suite la perte de l'appétit et des forces, des nausées, des vomissements.

Ces accidents auraient été observés chez leurs malades surtout après le repas, alors que l'estomac est rempli d'aliments, et les mêmes auteurs les auraient vus s'accroître lorsque les malades se relèvent où se recourbent en arrière.

D'autre part, beaucoup de malades souffrent à jeun. Comment, dès lors, expliquer les douleurs survenant à l'état de repos de l'estomac.

La chose en est simple. L'état de repos de l'estomac à l'état de jeûne n'est la plupart du temps que relatif.

Lerey, en effet, en 1875, et plus tard Convers, en

1882, ont démontré que l'estomac se contracte même à jeun.

La continuité des douleurs est par le fait expliquée, et certains auteurs, notamment M. Bouquet de la Jolinière, en concluent que si certaines malades ne souffrent pas à jeun, c'est que les adhérences de l'épiploon qui tiraillent l'estomac sont lâches et celluluses, qu'elles se laissent distendre et que le tiraillement n'est pas assez violent pour provoquer la douleur.

Le même auteur a pu dans sa thèse inaugurale réunir huit observations dans lesquelles les troubles observés étaient manifestement liés à l'existence d'adhérences.

L'influence de l'épiploon tiraillant l'estomac dans la production de phénomènes gastriques douloureux est bien démontrée encore par les deux faits suivants, cités par Bazy (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1894).

Il s'agit d'une femme de 39 ans auprès de laquelle il est appelé pour des accidents d'étranglement herniaire datant de la veille. Cette dame était, depuis plusieurs années, soignée pour son estomac. Elle avait consulté plusieurs médecins qui lui avaient ordonné sans aucune espèce de succès toutes sortes de régimes et de médicaments.

Elle vomissait continuellement et en était arrivée à ne rien supporter même le lait.

Elle était très maigre et très anémiée.

La dilatation d'estomac était considérable.

Opération. — On trouve un étranglement à vive arête. La pointe de l'intestin hernié est réduite, mais

on trouve en même temps une frange épiploïque adhérente au fond du sac, qui est réséqué après ligature.

Guérison aseptique.

Après l'opération, le chirurgien observe la disparition complète des troubles gastriques ; la malade, au bout de trois ou quatre mois, était absolument métamorphosée, rajeunie de dix ans.

« Je ne puis m'empêcher, ajoute l'auteur, d'établir
« une relation entre la destruction de cette adhérence
« épiploïque et le retour à la santé.

« J'avais fait cesser les tiraillements de l'estomac.

« J'avais guéri cette dilatation mécanique de
« l'estomac. »

Dans un deuxième cas que j'ai signalé à mon article sur l'historique de la question, il s'agit d'une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire.

La laparotomie fait découvrir des adhérences entre le kyste ovarique et le grand épiploon.

La malade qui, avant l'opération, avait présenté des troubles gastriques douloureux, fut guérie de ces troubles.

De tels faits, dans lesquels la relation entre les tiraillements exercés sur l'estomac par l'épiploon, et la production de phénomènes douloureux a été constatée d'une façon aussi palpable permettent *à priori* de supposer qu'il doit en être de même dans les cas où les adhérences plus ou moins étendues unissent les parties stomacales soit au péritoine pariétal, soit au péritoine qui recouvre les organes du petit bassin, tels que : utérus, trompe, ovaire ; soit à la symphyse pubienne.

Ces conditions sont absolument les mêmes que dans les cas étudiés par Bouquet de la Jolinière.

La cause productive de la douleur consiste essentiellement dans les tiraillements mécaniques de l'estomac qui est gêné dans l'accomplissement de son péristaltisme normal, bridé par les adhérences, tirailé ou, pour mieux dire, se tireille lui-même dans chacun de ces mouvements.

De telles conditions montrent pourquoi la malade commence à souffrir quelque temps après l'ingestion des aliments, c'est-à-dire au moment où les mouvements de l'estomac s'accroissent pour brasser les aliments, les mêler intimement au suc gastrique, pourquoi la douleur va en augmentant progressivement d'intensité au fur et à mesure de la digestion stomacale et pourquoi, une fois l'estomac débarrassé de son contenu par les vomissements, la douleur disparaît ou s'atténue.

A côté de ces phénomènes douloureux observés par les malades, phénomènes douloureux que nous appellerons volontiers primitifs, qui existent à jeun quelquefois ou au commencement de la digestion, il convient de faire une place particulière à un autre ordre de phénomènes douloureux, secondaires, qui surviennent deux ou trois heures après le repas, douleur qui se surajoute à la première et qui se confond avec elle, lui donnant un caractère plus vif d'acuité.

Cette douleur est provoquée par des fermentations secondaires et c'est surtout elle qui est bien atténuée par les vomissements et qui disparaît dès que l'estomac est vide.

Cette douleur qui a son siège au niveau de l'ombilic est vive, brûlante, s'accompagne de nausées, d'éruclations, de ballonnement du ventre, de bouffées de chaleur au visage et d'un malaise indéfinissable.

Si nous nous rapportons à ce que nous avons dit sur les conséquences du tiraillement de l'estomac par la grande courbure, si nous nous rappelons que tout d'abord on observe une gastroplose, consécutivement une gastrectasie, que l'abaissement de la grande courbure amène avec elle l'abaissement de la première portion mobile du duodenum et qu'une couture se fait au niveau de la séparation de cette première portion mobile et de la deuxième portion immobile, nous comprendrons aisément qu'ainsi se trouve réalisée une sténose d'un nouveau genre qui nous donnera les mêmes conséquences, les mêmes phénomènes que la sténose pylorique et du même fait seront explicables et les fermentations secondaires et les douleurs provoquées par ces fermentations, sur le caractère des quels phénomènes je n'insisterai pas, tous ces phénomènes étant décrits partout dans les traités autorisés.

Cette même sténose, ces fermentations secondaires, la douleur provoquée par elles, peuvent aussi nous donner la clef d'autres phénomènes observés chez les malades — les nausées et les vomissements.

Les malades commencent toujours par avoir des nausées lorsque l'estomac, éprouvant une résistance, lutte contre cette résistance ; puis, à cette excitation provoquée par la résistance à la libre évacuation de son contenu se surajoute l'excitation provoquée par

la douleur des fermentations secondaires et l'estomac lutte, augmente de plus en plus son péristaltisme jusqu'à ce que victorieux il chasse son contenu par le vomissement.

Tels sont les deux phénomènes primordiaux observés par les malades.

Mais ils ne suffiront pas à eux seuls à établir le diagnostic de cette dyspepsie mécanique.

Le diagnostic, nous ne l'ignorons pas, sera toujours épineux et il faudra en rechercher soigneusement les éléments.

Il faudra s'enquérir, en premier lieu, si la malade est atteinte d'une affection gynécologique, si après l'invasion de cette affection elle n'a pas souffert d'une poussée de pelvi-péritonite et d'épiploïte aiguë comme dans le cas signalé par Braun.

Il faudra ensuite bien établir le caractère des douleurs, s'enquérir des vomissements, du chimisme, pour les fermentations secondaires.

L'examen physique nous révélera une dilatation de l'estomac, un abaissement de la grande courbure, une diminution de l'espace de Traube, fait primordial.

Quelquefois la dilatation sera tellement considérable, dans les cas, par exemple, où la grande courbure affleurerait le pubis, que l'on aura peine à croire à une telle dilatation. L'insufflation, dans ce cas, pourra nous rendre des services.

Nous observerons, en outre, tous les phénomènes de la dilatation, succession hypogastrique, clapottage, etc.

Toutes les malades atteintes d'une telle dilatation ont aussi de la colite muco-membraneuse : il serait

fort intéressant d'étudier quel est le rôle pathogénique du grand épiploon dans la production de cette colite muco-membraneuse, rôle qui nous paraît exister au premier chef, mais cette question ne rentre pas dans le cadre de notre travail.

Un autre élément de diagnostic qu'il faudra rechercher est le résultat produit par les médications antérieures.

Cela ne sera point difficile, car les malades elles-mêmes, avec un air empreint de tristesse, présenteront au médecin, une liasse quelquefois volumineuse de feuilles d'ordonnance, dans lesquelles le bicarbonate de soude et d'autres médicaments en « ol » occupent une grande place.

Point ne sera besoin au médecin de demander le résultat de ces nombreuses médications, leur volume et l'air découragé de la malade le renseigneront assez ; il retirera un grand profit de cette constatation car souvent *naturam morborum curationes ostendunt !*

THÉRAPEUTIQUE

Le diagnostic posé, que convient-il de faire ?

Ici, comme en beaucoup d'autres problèmes thérapeutiques, ce qu'il ne faut pas faire est aussi important presque que ce qu'il faut faire.

Ce qu'il faut ne pas faire, c'est ordonner une thérapeutique de symptômes, traiter une dyspepsie par des alcalins, des absorbants ou des acides, suivant la tendance hypo ou hypéracide des symptômes, afin de ne pas doter le malade d'une dyspepsie médicamenteuse qui se surajoutera à sa dyspepsie primitive.

Ce qu'il faut faire ? Ordonner une thérapeutique pathogénique, se rappeler toujours le vieil adage latin :

Sublata causa tollitur effectus.

Avons-nous affaire à une dyspepsie réflexe, traitons l'organe qui est l'épine de l'affection. Réduisons la déviation, columnisons, traitons, en un mot, l'organe primitivement atteint, et l'amélioration un peu longue

peut-être, mais qui surviendra, nous prouvera que nous sommes dans la bonne voie.

S'agit-il d'une dilatation mécanique. Naturellement, tout chirurgien hésitera quelque temps avant d'opérer. Nous n'avons pas, en effet, de symptômes pathognomoniques qui nous ordonnent l'intervention, mais lorsque nous verrons que tous nos traitements restent sans effet, que les douleurs sont vives, n'hésitons pas, proposons une intervention qui sera souvent acceptée sans trop de peine par le malade, d'autant plus que souvent cette première opération nous permettant l'examen direct des organes pelviens, ne sera que le premier temps d'une opération radicale par laquelle nous enlèverons l'organe cause de tout le mal.

Il faut laparotomiser, détruire les adhérences, les sectionner, supprimer ce tiraillement mécanique sur la grande courbure.

Mais, nous dira-t-on, la guérison obtenue par la laparotomie et la section de ces adhérences est-elle définitive?

La laparotomie elle-même est une cause d'adhérences.

Que vont nous répondre les auteurs qui se sont occupés de cette question?

Si nous en croyons Nicaise, Mayo-Robson, la guérison est définitive.

Riedel, tout en reconnaissant que les opérateurs ont toujours eu un bon résultat immédiat, émet l'idée que pour ce qui est des résultats éloignés, les observations sont muettes.

Mayo-Robson déclare qu'il n'est pas difficile de

prévenir la reformation des adhérences et la formation de nouvelles adhérences, surtout lorsque ces adhérences sont formées entre des organes relativement éloignés entre eux, utérus et estomac, par exemple.

Pour cela, empêcher toute hémorragie, nettoyer et sécher toute surface péritonéale.

Kelterborn (*Centrallblatt für Gynecol.*). Du mode de formation des adhérences péritonéales après la laparotomie : Ayant constaté, par des expériences sur des chiennes et des lapins, qu'après l'application de pointes de feu sur le foie, l'estomac et l'intestin, la cicatrice était lisse, qu'il n'y avait pas d'adhérences, en conclut que l'emploi du thermo-cautère dans la libération des adhérences, est le meilleur moyen pour éviter ces adhérences.

L. Prochownick, de Hambourg (*Deutschen Medical Wochenschrift Centrall-blatt für Gynécologie*, 1889) : conseille de prévenir, dans les laparotomies, la formation des adhérences par le recouvrement des pédicules larges et succulents, l'administration des opiacés, avant et après les opérations, le redressement des incurvations intestinales, l'ablation des segments altérés, le raccourcissement de l'épiploon allongé et épaissi, l'abstention des solutions antiseptiques fortes et astringentes.

Tout récemment, M. Braquehave (Des adhérences épiploïques après la laparatomie, *Gaz. hebdomadaire, Sciences Médicales*, Bordeaux, 1900, octobre), a repris la question. Après avoir fait la symptomologie de ces adhérences, il indique le moyen de les éviter.

Pour cela, il cherche d'abord leur cause.

Quelles sont les causes de ces adhérences épiploïques après la laparotomie ?

1° Sutures du péritoine pariétal.

Si la séreuse n'est pas affrontée bien exactement, il persistera sur la ligne médiane un point ou mieux une ligne d'appel pour les adhérences.

2° Si pendant l'opération, l'épiploon a été lésé, il sera bon d'en faire une hémostase scrupuleuse, car ce point saignant pourra facilement se greffer sur la paroi.

3° L'infection, comme l'a démontré Brink, joue le plus grand rôle.

(a On fera avec soin l'hémostase, soit du côté de la paroi, soit surtout du côté de l'épiploon.

(b La portion du péritoine cruentée ne sera pas laissée au contact de la paroi; on pourra soit l'invaginer dans la séreuse saine, soit retourner le péritoine sur lui-même, de façon à mettre une portion saine de péritoine contre la suture pariétale, et on fixera le tout en bonne position par quelques points de catgut.

(c Il paraît utile de réséquer la partie du péritoine pariétal qui adhérerait à l'épiploon, de façon à faire profondément un bon surjet au catgut des bords sains de cette séreuse et avoir ainsi un affrontement parfait.

(d Les sutures et ligatures seront toujours faites au catgut; ne jamais se servir de la soie pour les sutures portant sur le péritoine.

M. Condamin, chirurgien des hôpitaux de Lyon,

recommande la péritonisation des pédicules intra-abdominaux pour empêcher les adhérences.

A toutes ces données excellentes conseillées par les opérateurs nous ajouterons la suppression presque absolue du Mickulicz.

Nous sommes peut-être bien audacieux d'agiter ici cette question du Mickulicz, à une époque où ce mode de drainage et d'hémostase est tant à la mode.

On nous objectera que, dans certains cas, où les délabrements sont considérables, où les adhérences excessivement nombreuses, inspirent une certaine crainte au chirurgien surtout au point de vue de l'hémostase, celui-ci est bien obligé pour éviter des accidents de ce servir du Mickulicz.

Naturellement, dans certains cas, le Mickulicz paraît indispensable, mais ce qu'il faut c'est autant que possible en limiter l'usage.

Il y a quelques mois à peine la question était agitée à la Société chirurgicale de Lyon, et un des chirurgiens les plus autorisés en chirurgie abdominale, M. le chirurgien Jaboulay, combattait ouvertement le Mickulicz et prônait au contraire le drainage par les tubes en caoutchouc.

Il faut, en effet, ne pas avoir vu sortir des Mickulicz pour ne pas se rendre compte que ce mode de drainage n'est qu'un pis-aller et ne pas avoir suivi les laparotomisés pour ne point s'apercevoir que loin de drainer, le Mickulicz fait tampon, favorise l'infection, donne naissance à des péritonites qui, souvent, sont fatales aux malades.

Nous avons demandé des renseignements à M. le

docteur Jaboulay, et celui-ci, avec son amabilité habituelle, ne nous a pas caché qu'il n'avait jamais eu d'accidents dans ses laparotomies par le drainage avec tubes en caoutchouc, tandis que les accidents après le Mickulicz sont très nombreux.

Restreignons l'emploi du Mickulicz ; si l'hémostase, dans certains cas, n'est pas réalisable, mettons un Mickulicz, mais momentanément, deux heures, trois heures par exemple ; enlevons-le sitôt après et drainons par des tubes en caoutchouc si le drainage s'impose.

L'idéal sera de pouvoir toujours opérer aseptiquement, de réaliser l'hémostase et toutes les conditions exposées si magistralement par M. Braquehave.

CONCLUSIONS

I. La vie physiologique tout entière de la femme nous donne la mesure des relations intimes qui existent entre les organes génitaux, l'utérus en particulier, et l'estomac.

II. Toute femme atteinte d'une affection gynécologique éprouve des troubles gastriques; il est indéniable que, dans la plupart des cas, c'est dans l'utérus et ses annexes, qu'il faut chercher l'explication de ces troubles gastriques. Il existe entre l'affection gynécologique et l'affection stomacale une relation de cause à effet. Les statistiques sont concluantes: Theilhabert a pu écrire que sur quarante-cinq femmes souffrant de troubles gastro-intestinaux quatre seulement avaient les organes génitaux normaux.

III. De toutes les théories établies pour expliquer la pathogénie de ces troubles, deux seulement sont à retenir :

a) La théorie reflexe.

Création d'une névrose gastrique à point de départ utérin. Dyspepsie gastro-intestinale de la neurasthénie secondaire aux affections génitales des vraies utérines de Siredey.

b) La théorie mécanique.

Consécutivement aux inflammations des organes génitaux de la femme, le grand épiploon, grâce à sa présence dans le petit bassin, et grâce à sa chimiotaxie positive, serait l'objet de poussées d'épiploïte, succédant à des poussées de pelvi-péritonite, d'épiploïte qui amènerait son adhérence au péritoine qui recouvre les organes génitaux du petit bassin et à la paroi postérieure de la symphyse.

Grâce à ces adhérences et au processus de rétraction du grand épiploon causé par l'épiploïte chronique, le grand épiploon exécuterait une traction sur la grande courbure de l'estomac, traction qui amènerait de la gastropiose. Abaissement de la grande courbure et de la première portion du duodénum, coudure entre la première et la deuxième portion du duodénum.

Cette gastropiose amène rapidement la dilatation vraie; la coudure diminue la lumière du segment duodénal correspondant et crée un obstacle à la libre évacuation du contenu de l'estomac.

IV. a) Les éléments de diagnostic de la théorie réflexe ont été admirablement décrits par Mathieu. Il s'agit surtout d'une dyspepsie nerveuse.

b) Le diagnostic de la dyspepsie mécanique ne pourra être fait que grâce à un ensemble symptomatique dont il faudra rechercher avec soin tous les éléments.

a) Existence d'une infection gynécologique.

b) Poussées de pelvi-péritonite et d'épiloïte analogues aux cas de Braun.

c) Douleurs particulières, provoquées par le péristaltisme de l'estomac soit pendant la digestion, soit à jeun, tiraillant les adhérences de l'épiploon; adhérences douloureuses.

d) Vomissements, la coudure située entre la deuxième et la troisième portion du duodénum a créé un rétrécissement au pylore d'un nouveau genre.

e) Signes cliniques d'une dilatation avec gastropse, abaissement de la grande courbure et de l'espace de Traube.

f) Colite muco-membraneuse.

g) Impuissance de toute thérapeutique médicamenteuse.

V. *Thérapeutique.*

Dyspepsie réflexe. Traiter l'épine de l'affection. Faire de la thérapeutique pathogénique. Soigner les organes génitaux.

Dyspepsie mécanique. Faire cesser les tractions sur la grande courbure en libérant les adhérences par la laparatomie.

Se rappeler que la laparatomie est elle-même une cause d'adhérences.

(Réaliser l'asepsie la plus complète. Sutures au catgut. Traitement soigné des sutures du péritoine et de l'épiploon, péritonisation des surfaces cruentées. Jamais de drainages par le Mickuliez.)

VI. Les résultats éloignés de cette thérapeutique sur les rares cas connus à ce jour, ont toujours été satisfaisants.

VU :

Le Président de la Thèse,

H. FOCHIER.

VU

Pr le Doyen, l'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 30 Novembre 1901.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université.

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- SCANZONI..... Traité des organes sexuels de la femme
(1858).
- ARAN..... Leçons cliniques sur les maladies de l'u-
térus et des annexes.
- NONNAT..... Traité des maladies de l'utérus.
- VALLEIX..... Article métrite.
- COURTY..... Dict. sciences médicales.
- De SINETY..... Manuel pratique de gynécologie et mala-
dies des femmes.
- MARTINEAU..... Traité clinique des affections utérines
(1879).
- FABRE..... Relations pathogéniques des troubles ner-
veux (Th. Paris 1880).
- FORLER..... Etude sur les déviations utérines. (Th.
Paris 1882).
- CONVERS..... Mouvements de l'estomac. (Th. Lyon 1882).
- GLÉNARD..... De l'entéroptose.
- IMBACH..... On utérin dyspepsie. Brith. gynécologi-
cal (1887).
- DURAND..... Thèse de Montpellier (1889).
- KELTERBORN... Centrallblatt für Gynécologie (1890).
- LECOARRET.... Archives cliniques (Bordeaux 1892).

- FRANCK..... Ueber die Zussammenhang zwischen affection der Frauen. — Archives für gynécologie (1894).
- LANDERER..... Gastralgie par fixation anormale de l'estomac guéries par l'opération. 65^e Congrès allemand (1893).
- BOURSIER..... Dilatation de l'estomac et métrite chronique. (Journal de Bordeaux 1892).
- RAFFRAY..... Des métrites (1894).
- BRAUN..... Ueber die Zussammenhang der neurozen des magens und uterinlinden (Wiener medicinische Vochenschrift (1896).
- IWEDY..... Dilatation of the stomach und enteroptose. (Dublin Journal of med. Scien., février 1894).
- BRINK..... Ueber die Bediegunguen der Entstihung, péritonealer adœsionen durch Buandschuse. (Zeitung für Gynécol).
- BOUQUET DE LA JOLINIÈRE. Adhérences péritonéales et phén. douloureux. (Th. Lyon 1896).
- LEVREY..... Du rôle de l'épiploïte chronique au cours des appendicites. (Th. Paris 1899).
- THEILHABERT... Berliner Clinische Vochenschrift (1893).
- SAUNDRY..... Formes communes de la dyspepsie des femmes. (Médical Journal 1894).
- VILLAIN..... Névralgies à distance des affections utérines. (Paris 1894).
- SIREDEY..... Neurasthénie. Utérine.
- Paul DELBET... Archives cliniques de médecine (1898).
- MORAU..... Colite muco-membraneuse chez les utérines. (France Médicale 1897).
- CONDAMIN..... Péritonisation des pédicules intra-abdominaux. (Lyon Médical 1895).

Imprimerie MOUGIN-RUSAND. — WALTENER et C^e, successeurs
3, rue Stella — Lyon
